Université de Bordeaux II

FRANÇOIS SAINT-MARTIN

Thèse Médecine n° 254

LA FIBROSCOPIE DE L'ESTOMAC OPÉRÉ

(à propos de 154 observations)

Soutenue le 21 Décembre 1972

Thèse pour le Doctorat
en Médecine

— 1972 —

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547320_0014

FRANÇOIS SAINT-MARTIN

4° 254

LA FIBROSCOPIE DE L'ESTOMAC OPÉRÉ

(à propos de 154 observations)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

— 1972 —

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

— A MA FEMME.

— A MA FILLE.

— A MES PARENTS.

— A MES BEAUX-PARENTS.

— A MA FAMILLE.

— A MES AMIS.

A NOS JUGES

M. LE DOCTEUR A. QUINTON

Maître de Conférences,

Agrégé d'Hépatologie gastro-entérologie
Médecine des Hôpitaux

Tout au long de notre spécialité, nous avons pu apprécier la qualité de votre travail et l'efficacité de vos conseils.

Nous vous remercions d'avoir guidé cette étude avec savoir et patience.

M. LE DOCTEUR J. PERISSAT

Maître de Conférences Agrégé de chirurgie générale

Chirurgien des Hôpitaux

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

M. LE DOCTEUR J. TAVERNIER

Maître de Conférences Agrégé d'Electroradiologie

Electroradiologiste des Hôpitaux

(*diagnostic et thérapeutique*)

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR J.-J. DUBARRY

Professeur d'hydroclimatologie thérapeutique
et de clinique des maladies de l'appareil digestif
Médecine des Hôpitaux, Chef de Service

Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes Académiques
Commandeur du Mérite Social
Cavaliere Officiale nell ordine al Merito Republica Italiana
Commandeur de l'Ordre du Mérite Civil Espagnol

Chaque jour, nous apprécions dans votre service l'étendue de vos connaissances, la qualité de votre enseignement et votre bienveillante sollicitude envers vos malades, qui resteront la référence de notre profession.

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail.

Veuilez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

LA FIBROSCOPIE DE L'ESTOMAC OPÉRÉ

(à propos de 154 observations)

PLAN

I. — INTRODUCTION.

II. — MATÉRIEL ET MÉTHODES D'ÉTUDES.

— *LE MATÉRIEL D'ÉTUDE :*

a) *Les sujets fibroscopés ;*

b) *Les conditions endoscopiques :*

— La prémédication,

— Le matériel utilisé.

— *LES MÉTHODES D'ÉTUDE.*

III. — RÉSULTATS ET COMMENTAIRES DES 154 FIBROSCOPIES.

A) *RÉSULTATS GLOBAUX :*

1. — ...d'ordre général,
2. — ...concernant l'intervention,
3. — ...résultats endoscopiques.

B) *COMMENTAIRES ENDOSCOPIQUES :*

1. — ...Les lésions inflammatoires :

a) Les gastrites :

— superficielles,

— à gros plis,

— atrophiques,

— hémorragiques.

b) Les stomites ;

c) Les rapports entre les lésions inflammatoires et le reflux biliaire ;

2. — ...Les récidives ulcéreuses ;
3. — ...Les cancers ;
4. — ...Les jéjunites.

IV. — CONFRONTATION DE LA FIBROSCOPIE AVEC LES AUTRES ÉLÉMENTS DU DOSSIER.

(Clinique, Biologie, Radiologie, Anatomo-Pathologie).

A) *CONFRONTATION DES DIAGNOSTICS ENDOSCOPIQUES AVEC LES MOTIFS DU DIAGNOSTIC CLINIQUE AYANT MOTIVÉ LA FIBROSCOPIE :*

1. — ...Le syndrôme dyspeptique,
2. — ...Les hémorragies isolées,
3. — ...Les syndrômes ulcéreux,
4. — ...Les autres diagnostics ;

B) *LES DIAGNOSTICS ENDOSCOPIQUES, CONFRONTATION AVEC L'EXAMEN CLINIQUE ET LES TUBAGES GASTRIQUES :*

1. — ...L'examen clinique,
2. — ...Les tubages gastriques ;

C) *LES RAPPORTS ENTRE LES DIAGNOSTICS FIBROSCOPIQUES ET LES DIAGNOSTICS RADIOLOGIQUES ;*

D) *LES DIAGNOSTICS ENDOSCOPIQUES ET LES RÉSULTATS DE LA BIOPSIE.*

V. — CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

I. - INTRODUCTION

Jusqu'à ces dernières années, l'exploration endoscopique de l'estomac opéré s'était trouvée limitée par l'impossibilité d'explorer complètement cet organe mutilé pour les besoins de la cause, puis reconstitué en partie par les Chirurgiens. L'avènement des gastrocopes à fibre de verre a été une véritable révolution dans le domaine de l'œsogastroscopie ; ces nouveaux endoscopes ont l'avantage énorme d'être souples, rendant l'introduction plus facile, la tolérance meilleure et surtout permettant, dans l'état actuel des perfectionnements, un examen presque complet des cavités œso-gastro-duodénales.

Quand on sait que quelque 30.000 malades sont gastrectomisés par an en France, quand on connaît la fréquence des complications ou des séquelles de ces interventions, quand on se trouve dans l'impossibilité d'interpréter d'une manière sûre certains examens complémentaires, quand on avoue qu'un nombre important de ces gastrectomisés sortaient des hôpitaux avec des diagnostics incertains, l'intérêt d'une exploration fibroscopique apparaît alors évident.

Sur 1.500 fibroscopies effectuées dans le Service de Gastro-Entérologie de notre Maître, le Professeur DUBARRY, depuis que nous possédons ces appareils, nous avons examiné 154 malades opérés de l'estomac avec cette méthode, soit à peu près 10 % de la totalité des fibroscopies effectuées à ce jour.

Nous envisagerons dans un premier temps les méthodes et les moyens d'études de ces 154 malades ; nous donnerons ensuite, dans un deuxième temps, les résultats endoscopiques de ces fibroscopies et nous les comparerons à ceux de la littérature ; enfin, nous confronterons les résultats de l'endoscopie avec ceux des autres examens complémentaires à notre disposition. Nous essaierons, au terme de ce travail, de formuler des conclusions sur l'intérêt de la fibroscopie dans cette pathologie très particulière qui est celle de l'estomac opéré.

II. - MATÉRIEL ET MÉTHODES D'ÉTUDES

■ LE MATÉRIEL D'ETUDE.

a) LES SUJETS FIBROSCOPÉS :

Sur 1.500 fibroscopies effectuées à ce jour dans notre Service, nous avons relevé 154 malades opérés de l'estomac ayant subi cet examen. Nous avons éliminé de prime abord les sujets ayant subi une intervention dans la région cardiale pour une cure de hernie hiatale ; en effet, cette pathologie est bien différente des autres interventions sur l'estomac et relève sur le plan endoscopique d'une œso-fibroscopie.

Nous aurons donc essentiellement pour sujet :

1. — Le plus fréquemment, la **gastrectomie des deux tiers,** qui emporte environ 70 % du volume gastrique et dont la limite supérieure d'exérèse correspond approximativement au bord inférieur du rebord costal gauche. Cette intervention est réalisée le plus souvent pour une cure d'ulcère duodénal gastrique, mais aussi quelquefois pour néoplasme antral.

Le rétablissement de la continuité pouvant s'effectuer alors de deux façons :

— soit par anastomose gastro-duodénale unissant le moignon gastrique et duodénal en général en termino-terminal ou bien, plus rarement, en termino-latéral par anastomose du moignon gastrique sur la face antérieure du deuxième duodénum ; c'est l'intervention couramment appelée en France « gastrectomie à la PEAN » ;

— soit par anastomose gastro-jéjunale utilisant la première anse grêle, le plus souvent réalisée selon la technique de FINSTERER avec une bouche relativement

étroite, une partie de la tranche gastrique ayant été refermée ; ou bien la suture peut être très large, portant sur la totalité de la tranche de section gastrique selon la technique de POLYA.

2. — **Les opérations de drainage gastrique,** que l'on associe en général à la vagotomie dans le cadre du traitement d'un ulcus du bulbe duodénal ; deux types d'interventions sont couramment rencontrés :

— soit la gastro-entéro-anastomose, dont la bouche anastomotique peut être plus ou moins large, se situer plus ou moins près du bas fond gastrique et être plus ou moins sur la droite ;

— soit la pyloroplastie, qui associe une section des fibres musculaires du pylore à un élargissement de la jonction gastro-pylorique en suturant transversalement l'incision longitudinale.

3. — **Les gastrectomies totales,** le plus souvent pour néoplasme ; le rétablissement de la continuité œso-intestinale est assuré par une plastie utilisant l'intestin grêle ; les modalités de cette plastie sont variables.

Par souci d'homogénéité de notre travail, nous avons été obligés de diviser nos malades en deux groupes distincts :

1) Le premier groupe comprenant 88 malades, tous hospitalisés dans notre Service pour des suites troublées de leur intervention. Ce groupe est très homogène, car tous ces malades ont été interrogés, examinés, radiographiés et endoscopés par la même équipe médicale. Tous les renseignements étant portés dans leur dossier que nous conservons.

2) Le deuxième groupe, beaucoup moins homogène, comprenant 66 malades opérés de l'estomac, qui nous ont été adressés pour une endoscopie par les différents services du C.H.U. ne possédant pas l'appareillage

nécessaire, et aussi des malades envoyés à titre externe par des Médecins gastro-entérologues en général. Dans ce groupe, nous manquons de renseignements, tant sur la clinique, les radiographies que nous n'avons pas pu interpréter de nouveau, les résultats d'anatomopathologie qui ne nous sont pas toujours revenus. Nous possédons quand même pour ce lot de malades : l'âge, le sexe, le motif de l'intervention, l'indication de l'endoscopie.

Le seul lien commun entre ces deux groupes de malades étant le compte rendu de l'endoscopie. Ces endoscopies ont toujours été effectuées dans les mêmes conditions par la même équipe médicale. C'est dire que nous pourrons comparer les résultats de la fibroscopie aux autres examens complémentaires que dans le premier groupe. Par contre, nous pourrons examiner les résultats de la fibroscopie en tenant compte des deux groupes.

b) LES CONDITIONS ENDOSCOPIQUES :

● **La prémédication :**

Elle ne diffère absolument pas de celle administrée chez les malades dont l'estomac est entier.

En principe, notre attitude est la suivante :

— soit prémédication entière : PHÉNERGAN - DOLOSAL - ATROPINE (une ampoule de chaque injectée au moins une heure avant) ;

— soit demi-prémédication : une demi-ampoule de chaque ;

— soit aucune prémédication.

Pour le choix de la prémédication, nous tenons compte de l'âge du sujet, de son état cardio-vasculaire, de la nature présumée de l'affection en cause ; ainsi, dans le cas d'hémor-

ragie (fibroscopie en urgence), nous tenons compte de l'importance de l'hémorragie, surtout s'il s'agit d'un malade cirrhotique qu'une prémédication trop importante peut précipiter dans un coma.

Moyennant cette attitude, le comportement des malades était le suivant :

— 90 % de malades calmes,

— 10 % de malades « inquiets ou agités ».

Sous le terme d'« inquiets » ou d'« agités », nous entendons les faits suivants : défense du malade lors de l'introduction du fibroscope, douleurs ressenties d'une façon anormale et intense lors de l'examen, plaintes, lutte contre l'appareil en place, intolérance à l'air douloureuse (très fréquente chez les gastrectomisés), agitation.

Un travail effectué dans le Service portant sur les fibroscopies faites en urgence pour hémorragies (opérés ou non de l'estomac) révélait une différence assez significative :

— 72 % de malades calmes,

— 28 % de malades « agités ou inquiets ».

En ce qui concerne l'anesthésie du carrefour, dans la plupart des cas nous avons employé la pastille de TETRACAINE, plus rarement le gel de XYLOCAINE VISQUEUSE. Récemment, nous avons utilisé, quand cela était possible, la XYLOCAINE en solution à 2 % en gargarismes avec des résultats excellents.

● **Le matériel utilisé :**

Depuis le premier jour (juin 1968) où nous avons possédé un fibroscope, de nombreux progrès ont été faits dans ce domaine et, suivant l'évolution de la technique, nos malades ont été endoscopés avec des appareils différents, à savoir :

■ Œsofibroscope MACHIDA, modèle L. :

— Longueur totale ..... 85 cm

— Longueur utile ..... 62 cm

— Champ de vision ..... 50°

— Béquillage vertical de 90° vers le haut et vers le bas.

— Déplacement horizontal de 30° à droite et à gauche.

■ Gastrofibroscope modèle E.G.S. B. MACHIDA :

— Longueur totale ..... 85 cm

— Champ de vision ..... 90°

— Béquillage vertical de 90° vers le haut et vers le bas.

— Déplacement horizontal de 30° à droite et à gauche.

■ Gastrofibroscope OLYMPUS, modèle G.F.B. :

— Longueur totale ..... 85 cm

— Champ de vision ..... 55°

— Béquillage vertical de 90° vers le haut et vers le bas.

■ Œso-gastro-bulboscope OLYMPUS, modèle G.I.F. :

— Longueur totale ..... 90 cm

— Champ de vision ..... 75°

— Béquillage vertical de 150° vers le haut et vers le bas.

— Déplacement horizontal de 90° à droite et à gauche.

Les appareils à vision terminale permettent une exploration aisée de l'ensemble œsophage, moignon gastrique, bouche d'anastomose, anse efférente, qui se présente comme un tube avec des rétrécissements et des renflements successifs ; seul un appareil à vision terminale permet d'explorer l'anse afférente dont le cathétérisme est souvent délicat. Certaines régions restent cependant d'examen difficile : versant gastrique du cardia, versant jéjunal de la bouche anastomotique ; les possibilités de rétroversion des appareils à vision axiale ne compensent pas suffisamment et il peut rester en cours d'examen des angles morts. Dans ces conditions, il peut s'avérer utile de compléter un examen fait avec un appareil à vision terminale par un examen avec un fibroscope à vision latérale.

Tous ces appareils sont dotés de systèmes autonomes d'aspiration et d'insufflation. Le problème de l'aspiration au niveau de l'estomac opéré est moins important que chez les sujets dont l'estomac est entier ; sauf chez les gastro-entérostomisés ou chez les sujets opérés, mais examinés en urgence après hémorragie. Dans ces cas, l'aspiration à travers l'endoscope est en général suffisante ; sinon nous introduisons parallèlement à l'endoscope une sonde gastrique de type CAMUS qui permet une aspiration plus efficace.

Ces fibroscopes sont également équipés de pinces à biopsie souples qui glissent dans l'endoscope lui-même, permettant une véritable biopsie dirigée. Nous n'avons pas d'examen anatomo-pathologique de tous les malades étudiés, car :

— au début, nous ne faisions pas de biopsie systématique lorsque l'examen endoscopique apparaissait normal.

— Il est parfois difficile chez des malades très fatigués ou agités de prolonger l'examen pour des prélèvements biopsiques systématiques.

— Nous ne pratiquons pas de biopsie en cours d'hémorragie et dans les 24 heures qui suivent celle-ci.

■ LES MÉTHODES D'ÉTUDES.

Nous avons colligé toutes nos observations sur des fiches à perforations latérales numérotées. Nous avons pour cela établi une liste des éléments que nous voulions étudier sur une grille avec la correspondance au numéro de la fiche perforée. Les perforations pour un renseignement donné sont libérées grâce à une pince spéciale.

Il est des renseignements impossibles à mettre en perforation, tels que les résultats d'anatomo-pathologie, certains points de l'histoire clinique ; dans ces cas, nous avons écrit brièvement sur une face libre de la fiche ces diverses informations.

Nous avons donc retenu :

1° Les renseignements généraux :

— hommes
— femmes

— Français
— Ibériques
— Nord-Africains
— autres nationalités

— de 0 à 20 ans
— de 20 à 40 ans
— de 40 à 60 ans
— après 60 ans

2° Les renseignements concernant l'intervention :

* Motifs de l'intervention :

— ulcère
— cancer
— inconnu

* Ancienneté de l'intervention :

— moins d'un an
— entre 1 et 2 ans
— entre 2 et 3 ans
— entre 3 et 4 ans
— entre 4 et 5 ans
— entre 5 et 10 ans
— entre 10 et 15 ans
— supérieur à 15 ans

* Type de l'intervention :

— PEAN
— FINSTERER
— ou POLYA
— Gastro-entérostomie
— Pyloroplastie + vagotomie
— Gastrectomie totale

3° Le motif de l'hospitalisation ou de la fibroscopie :

— Rien
— Syndrôme dyspeptique (gastralgie + syndrôme du petit estomac)
— Syndrôme ulcéreux
— Hématémèse
— Méléna
— Anémie
— Amaigrissement
— Troubles du transit
— Dumping-Syndrôme
— Syndrôme d'hypoglycémie
— Syndrôme de sténose

— Vomissements
— Ictère
— Syndrôme de l'anse afférente

étant entendu que, pour un malade donné, plusieurs numéros de ce secteur peuvent être perforés.

4° L'examen clinique et les tubages gastriques :

* Clinique :

— Rien
— Point douloureux para-ombilical gauche
— Masse palpable

* Tubage :

— Normal
— Hyperacidité
— Hypoacidité
— Achlorhydrie

5° Les renseignements radiologiques :

— Interprétation radiologique facile
— Interprétation radiologique difficile
— Radiologie normale
— Gros plis gastriques
— Reflux gastro-œsophagien
— Reflux anse afférente
— Ulcère peptique
— Cancer
— Petite bouche ; sténose
— Fistule
— Signes inflammatoires imprécis
— Varices
— Hernie hiatale

— Œsophagite
— Petit moignon
— Evacuation lente
— Evacuation rapide

6° Les renseignements endoscopiques :

* La fibroscopie :

— est facile
— est difficile
— il y a une hypersécrétion
— il y a un spasme cardial
— confirme le diagnostic clinique et radiologique
— infirme le diagnostic clinique et radiologique
— précise un autre diagnostic
— est discordante de l'anatomo-pathologie
— est confirmée par l'anatomo-pathologie
— est normale
— se révèle impossible ou incomplète

* Au niveau de l'œsophage :

— Reflux gastro-œsophagien
— Hernie hiatale

* Au niveau du moignon :

— Muqueuse avec gros plis
— Muqueuse sans plis
— Gastrite superficielle
— Gastrite atrophique
— Gastrite hémorragique
— Fragilité muqueuse

— Ulcère
— Cancer
— Reflux bilio-pancréatique
— Sang (pour les fibroscopies en urgence)
— Bézoards

* Au niveau de la bouche :

— Normale
— Gros plis inflammatoires : stomite
— Petite bouche
— Large bouche
— Dimensions normales
— Fils de suture apparents

* Au niveau de l'anse efférente :

— Normale
— Ulcère peptique
— Jéjunite

* Au niveau de l'anse afférente :

— Normale
— Ulcère
— Jéjunite

* Présence d'un orifice fistuleux.

III. - RÉSULTATS ET COMMENTAIRES DES 154 FIBROSCOPIES

A. — **RÉSULTATS GLOBAUX**

1° D'ORDRE GÉNÉRAL.

■ **Sexe :** Sur 154 sujets fibroscopés, nous avons examiné :

138 hommes, soit 89,6 %
16 femmes, soit 10,4 %

■ **Nationalité :**

108 sujets étaient d'origine française, soit 70,2 %

46 étaient d'origine étrangère, soit 29,8 %

dont :

— 29 Portugais ou Espagnols
— 10 Nord-Africains
— 7 d'origine diverse

■ **Age :**

Nous n'avons aucun sujet dont l'âge était inférieur à 20 ans ; nos malades se répartissent donc ainsi :

— de 20 à 40 ans : 11, soit 7,3 %
— de 40 à 60 ans : 52, soit 33,7 %
— au-dessus de 60 ans : 91, soit 59 %

2° CONCERNANT L'INTERVENTION.

■ **Ancienneté de l'intervention** au moment où est pratiquée la fibroscopie :

Il y a 37 malades appartenant au groupe II (c'est-à-dire les sujets n'ayant pas été hospitalisés dans notre Service), dont il n'a pas été possible de retrouver l'âge de leur intervention ; ce fait n'est donc connu que pour 117 malades.

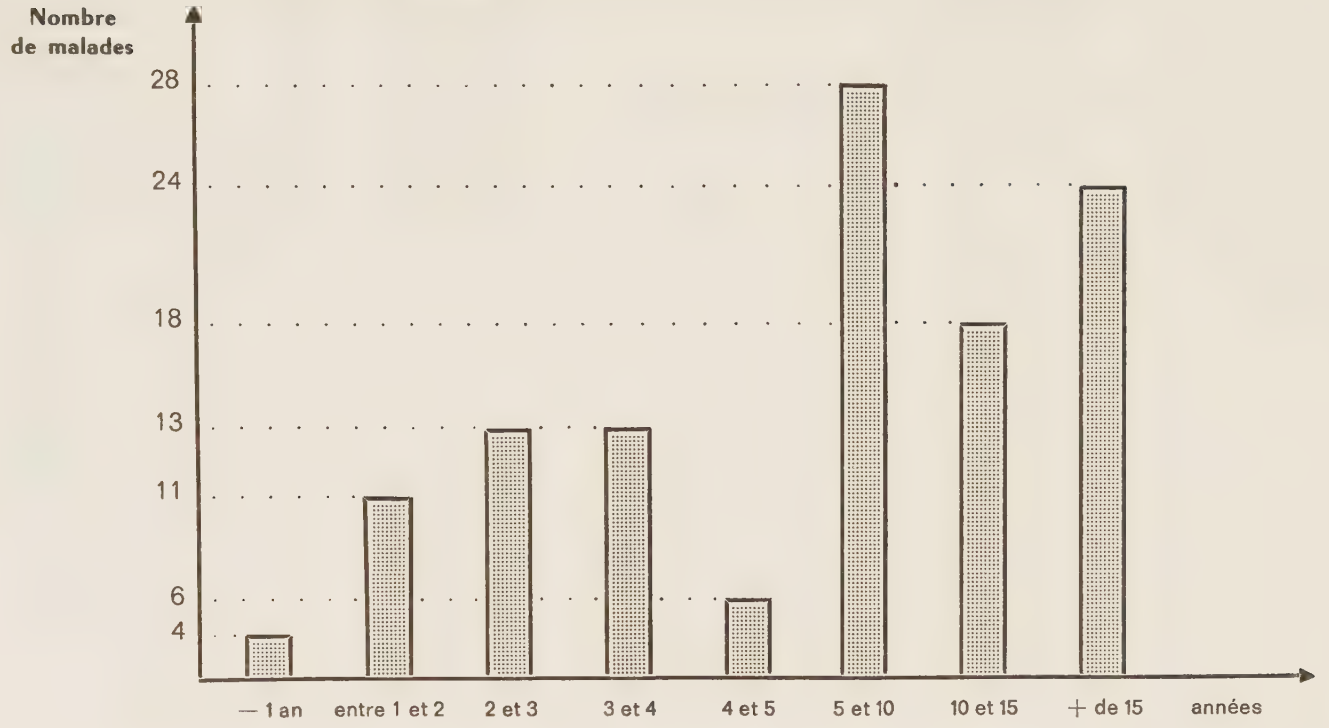
Ce qui nous donne :

— 4 malades opérés il y a moins d'un an
— 11 malades opérés entre 1 et 2 ans
— 13 malades opérés entre 2 et 3 ans
— 13 malades opérés entre 3 et 4 ans
— 6 malades opérés entre 4 et 5 ans
— 28 malades opérés entre 5 et 10 ans
— 18 malades opérés entre 10 et 15 ans
— 24 malades opérés il y a plus de 15 ans

Voir tableau 1 page suivante.

TABLEAU 1

Nombre de malades en fonction de l'ancienneté de l'intervention.



■ **Motif de l'intervention :**

Nous avons retrouvé par l'interrogatoire :

— 136 malades (88,3 %) gastrectomisés pour ulcère gastrique ou bulbaire.

Nous ne pouvons donner de chiffre concernant le pourcentage d'interventions pour ulcère bulbaire ou pour ulcère gastrique ; en effet, il ne nous a pas été permis de retrouver cette notion dans tous les cas et les chiffres dont nous sommes certains représentent une faible part de nos malades endoscopés :

— 12 malades (7,7 %) pour des lésions néoplasiques, situées en général au niveau de l'antre gastrique.

— 6 fois (4 %) nous n'avons pu obtenir de renseignements concrets, mais l'ancienneté des interventions (supérieure à 10 ans) laisse supposer qu'elles ont été pratiquées pour ulcères.

■ **Type de l'intervention :**

Le plus souvent, le type d'intervention était déjà affirmé à la radiologie, mais pour un petit nombre de malades (fibroscopie en urgence) l'endoscopie n'a pu déterminer le type de l'intervention que dans la mesure où tout le système anastamotique pouvait être exploré par le fibroscope.

Nous avons donc examiné :

— 120 sujets opérés selon la méthode de FINSTERER ou de POLYA
— 19 sujets opérés selon la méthode de PEAN
— 3 sujets ont subi une pyloroplastie + une vagotomie
— 10 sujets ont subi une gastroentérostomie
— 2 sujets ont subi une gastrectomie totale

3° RÉSULTATS ENDOSCOPIQUES :

Ces résultats sont donnés en chiffres absolus de lésions observées, étant entendu que, dans de nombreux cas, plusieurs lésions peuvent être retrouvées chez le même malade.

■ **Fibroscopies strictement normales :** 27 (16,8 %).

■ **Récidives ulcéreuses :** 15 (environ 10 %).

— ulcères peptiques sur l'anse efférente : 10
— ulcères peptiques sur l'anse afférente : 2
— ulcères du moignon : 3

■ **Cancers :** 12.

— cancers primitifs du moignon : 4
— récidives cancéreuses (intervention pour néoplasme) : 4
— cancers du moignon, dont nous n'avons pu affirmer la nature primitive : 4

■ **Lésions inflammatoires du moignon et de la bouche.**

* **gastrites du moignon :** 105 (67 %) :

— gastrites superficielles : 66
— gastrites à gros plis : 36
— gastrites atrophiques : 2
— gastrite hémorragique : 1

* **stomites :** 86 (55 %) :

— associées à un processus gastritique : 72
— sur fils de suture : 11
(6 étaient associées à une gastrite).
— isolées : 9.

- **Sténose de la bouche d'anostomose.**

  — 16 fois ces sténoses sont cathétérisables

  — 17 fois ces sténoses ne sont pas cathétérisables

- **Reflux bilio-pancréatique :** 42.

- **Hernies hiatales :** 4.

- **Reflux gastro-œsophagien :** 14,

  dont 5 avec œsophagite peptique marquée.

- **Jéjunites :** 6.

- **Fistule gastro-jéjuno-colique :** 1.

- **Bézoards alimentaires :** 2.

B. — COMMENTAIRES ENDOSCOPIQUES.

Il n'y a eu aucun incident d'introduction du fibroscope, ni aucune intolérance particulière pendant l'examen de nos 154 patients. Par contre, chez 19 malades, l'examen fibroscopique s'est révélé incomplet ou partiellement incomplet, ceci pour les raisons suivantes :

— 8 fois, une stomite importante, réduisant le diamètre de la bouche, n'a pas permis de franchir l'anastomose.

— 6 fois la sténose est telle que l'importance du volume du liquide de stase ou du sang empêche une exploration complète, malgré une aspiration intensive ; cependant, dans 3 cas ce qui est vu du du moignon permet avec la biopsie de faire le diagnostic de cancer du moignon.

— 3 fois la petitesse du moignon, la configuration de la bouche n'ont pas permis de visualiser les anses intestinales.

— 1 fois un malade fibroscopé en urgence après hémorragie digestive fait une hématémèse importante en cours d'examen qui doit être interrompu.

— 1 fois chez un malade porteur d'une fistule gastro-colique en radiologie, des aliments plus des débris fécaloïdes réduisent l'exploration.

Ce chiffre de 19 endoscopies incomplètes peut paraître excessif quand on utilise un fibroscope. Ceci est dû en partie à un problème de matériel d'endoscopie ; en effet, pendant un temps assez long, nous n'avons possédé que des appareils à vision latérale avec les inconvénients que nous avons relevés dans un paragraphe précédent. Cependant, il n'y a que 7 cas où la bouche n'est pas vue, soit 4,5 % ; les autres fois, la cavité gastrique et la bouche ont pu être explorées. Beaucoup d'auteurs, et en particulier HEULLY (1), donnent des chiffres souvent inférieurs à 2 % de bouches non vues.

Une des raisons de nos chiffres un peu plus élevés est liée au fait que nous pratiquons un certain nombre de fibroscopies en urgence ; chez des sujets ayant saigné il y a peu de temps, on est obligé d'accepter dans ce domaine un pourcentage d'échec de l'endoscopie légèrement supérieur à celui des endoscopies effectuées en dehors de l'urgence.

Abordons maintenant la discussion des lésions que nous avons rencontrées.

1. LES LÉSIONS INFLAMMATOIRES :

■ **La très grande fréquence des processus inflammatoires** au niveau du moignon gastrique et de la bouche d'anastomose intestinale est bien connue, c'est pour cette raison que nous les étudierons en premier lieu, bien que ces lésions soient moins graves sur le plan pronostic que les ulcères anastomotiques ou les cancers ; elles n'en demeurent pas moins

un des principaux motifs d'hospitalisation de ces gastrectomisés : J.-J. DUBARRY (2). Nos chiffres confirment cet état de fait :

— une gastrite a été rencontrée dans 67 % des cas,

— une stomite dans 55 % des cas.

Ces lésions peuvent exister séparément, mais dans 68 % des cas elles sont associées.

HEULLY (1) donne des chiffres inférieurs aux nôtres : en effet, il a sur 276 endoscopies trouvé 46 % de gastrites, 40 % de stomites, les lésions étaient associées dans 20 % des cas.

Par contre MOULINIER (3), sur 500 fibroscopies d'estomacs opérés, trouve 65 % de stomites ; dans 81 % des cas, la stomite est associée à une gastrite.

TEJEDOR (4) rapporte lui aussi des chiffres assez voisins : 50 % de ses malades examinés étaient porteurs de stomites associées à une gastrite.

Il est intéressant de constater qu'un travail statistique important effectué dans le Service du P[r] LEVRAT (5), avec des gastroscopes conventionnels, rapporte des chiffres à peu près identiques à ceux de MOULINIER.

■ **Aspect endoscopique de ces lésions inflammatoires.**

a) **Gastrites.**

Endoscopiquement, nous avons l'habitude de considérer quatre types de gastrites :

1. **Les gastrites superficielles :** 66.

Ce sont les plus fréquentes ; elles sont caractérisées par un aspect inflammatoire plus rouge qu'une muqueuse normale, pouvant aller jusqu'au rouge carminé, avec parfois une hypersécrétion gênant l'examen, la muqueuse restant cependant lisse ; à l'extrême, il peut exister des enduits pultacés blanchâtres disséminés sur le moignon qui devien-

nent plus nombreux autour de la bouche d'anastomose si une stomite y est associée. L'aspect endoscopique de la gastrite superficielle (nous le verrons plus loin) ne correspond pas toujours à une altération histologique de la muqueuse qui est souvent normale.

2. **Les gastrites à gros plis :** 36.

La gastrite prend alors un aspect hypertrophique avec de gros plis plus ou moins rouges parcourant tout le moignon gastrique séparés par des dépressions parfois remplies de liquide de reflux ou d'excudats muqueux. Les plis prennent quelquefois autour de la bouche un aspect pseudo-polypoïde ou même peuvent réaliser de grosses boursoufflures lisses et rouges comme des cerises.

La gastrite à gros plis, parfois appelée hypertrophique par abus de langage dans les comptes rendus, n'a qu'une réalité endoscopique et n'a qu'exceptionnellement pour substratum une hypertrophie de la muqueuse et des glandes gastriques, comme l'exigent les anatomo-pathologistes. D'où les difficultés d'interprétation qui existent entre l'endoscopiste et l'histologiste. En effet, l'aspect hypertrophique en endoscopie est dû le plus souvent à une infiltration inflammatoire de la sous-muqueuse, zone non comprise en général dans le prélèvement biopsique. Il est donc préférable de parler de gastrite à gros plis dans les comptes rendus d'endoscopie, ce qui ne préjuge pas des résultats anatomo-pathologiques et ceci d'autant plus que la gastrite hypertrophique histologique correspond dans une partie des cas à une muqueuse inflammatoire banale au cours de l'endoscopie.

3. **Les gastrites atrophiques** (2).

Beaucoup plus rares que les précédentes, elles apparaissent en endoscopie avec une muqueuse pâle, amincie, totalement déplissée et aplatie, laissant voir le réseau vasculaire donnant un aspect typique « en fond d'œil ». Cette forme, qui se voit le plus souvent chez des malades opérés

depuis de nombreuses années, est le plus souvent rencontrée chez des gens âgés et dans le sexe féminin.

Sur le plan endoscopique, elle est identifiée d'une façon satisfaisante, mais la biopsie la met en évidence plus souvent que l'endoscopie ne la laisse soupçonner.

4. **La gastrite hémorragique** (1).

Parfois, on est amené à voir des aspects hémorragiques plus ou moins intenses donnant soit un fin piqueté sous-muqueux, soit un véritable aspect de purpura généralisé avec saignement en nappe, soit tout simplement une zone très localisée qui saigne ; les aspects sont d'autant plus nets que l'examen endoscopique est plus près de l'accident hémorragique.

Avec LAMBLING (6), nous réservons le terme de gastrite hémorragique aux hémorragies essentielles de la muqueuse gastrique, l'hémorragie étant due à un mécanisme purement vasculaire (« Rash vaso-moteur »). Ces gastrites hémorragiques peuvent survenir sur une muqueuse saine ou gastritique.

Nous n'avons découvert qu'un seul aspect typique de gastrite hémorragique ; par contre, chez 10 de nos malades, nous avons trouvé, accompagnant une gastrite, une fragilité de la muqueuse au contact du fibroscope avec apparition de pétéchies. Dans 3 cas, ces malades avaient saigné et l'examen endoscopique a été fait à distance de l'accident hémorragique et, 2 fois sur 3, l'histologie a répondu : gastrite avec œdème et congestion considérable du chorion. La fibroscopie n'ayant pas trouvé d'autre origine au saignement, nous sommes tentés de réunir ces malades dans ce chapitre des gastrites hémorragiques.

b) **Stomites.**

L'inflammation de la bouche d'anastomose est très fréquente, puisque nous l'avons rencontrée dans plus de la moitié des cas de nos fibroscopies sur les estomacs opérés (55 %).

Il faut reconnaître que la connaissance de cette pathologie inflammatoire de la bouche d'anastomose est fondamentalement endoscopique ; en effet, la radiologie se trouve impuissante à formuler un diagnostic précis et, surtout, ne peut présumer de l'importance et de la gravité de cette stomite.

De plus, ces lésions sont très importantes sur le plan fonctionnel car, suivant le degré de sténose qu'elles entraînent, la vidange du moignon gastrique va se trouver plus ou moins perturbée. Et la pathologie douloureuse de type très variable qu'elles occasionnent au patient est une des causes majeures du mécontentement de certains gastrectomisés. Sur le plan étiologique, les rapports entre les stomites et le reflux biliaire sont loin d'être négligeables, nous le verrons plus loin.

Endoscopiquement, la stomite se présente sous la forme d'une bouche d'anastomose ou berges rouge vif, carminées, avec un œdème tel qu'il peut être capable de créer une véritable sténose inflammatoire rendant le cathétérisme de cette bouche très difficile, voire impossible dans un certain nombre de cas, nous l'avons vu. Parfois ces bouches, très inflammatoires, sont recouvertes d'enduits blanchâtres plus ou moins adhérents. Suivant le degré de l'état inflammatoire ou de l'œdème, on peut classer ces stomites en trois types :

— congestion simple contrastant avec le reste du moignon ;

— aspect pseudo-polypoïde, allant du pseudo-polype isolé sur une berge à l'aspect « cérébroïde » de l'ensemble de la bouche ;

— aspect pseudo-néo-plasique, proche du précédent, où il est difficile, étant donné les remaniements locaux, de préciser s'il s'agit d'un processus purement inflammatoire ou de bourgeons néo-plasiques.

Plus rarement, la stomite peut réaliser un aspect en feston, ceci signant alors l'emplacement de fils de suture en voie d'élimination ; parfois, la stomite n'existe qu'autour d'un

fil que l'on peut tenter d'extirper avec la pince à biopsie glissée à travers le fibroscope. Cette étiologie de stomite est quand même importante, puisqu'elle représente à peu près 13 % de la totalité des stomites (11 cas sur 86).

A ce sujet, il existe un remarquable travail de KAWA au Japon (7). Cet Auteur s'est en effet attaché à démontrer l'importance de tel ou tel matériel de suture employé par les chirurgiens pour confectionner la bouche d'anastomose. Il a isolé deux groupes de gastrectomisés homogènes :

— le premier groupe est celui où la suture muqueuse de l'anastomose a été pratiquée avec de la soie 00 ou de la soie 000 ;

— dans le second groupe, les sutures ont été effectuées avec du catgut chromé 00.

Tous les sujets ont été fibroscopés pour voir l'état évolutif de la bouche d'anastomose avec les différents matériels de suture (moins de 2 semaines après l'intervention ; entre 1 et 3 mois ; entre 4 et 6 mois ; entre 7 et 12 mois ; entre 1 an et 2 ans ; après 2 ans). Il a été amené à considérer trois types de bouches :

1) « Le type fermé », avec de gros plis muqueux rassemblés autour de la bouche avec une obstruction de celle-ci ;

2) « le type semi-ouvert », réalisant une petite ouverture de la bouche, mais ne révélant aucune ligne de suture et ne permettant pas de voir la muqueuse intestinale ;

3) « le type ouvert », la bouche est ouverte de façon ronde ou ovale, on voit la ligne de suture anastomotique et la muqueuse intestinale.

Il démontre par des chiffres que c'est dans le premier groupe de malades (sutures à la soie) que l'on rencontre le plus de bouches du type fermé et que cet état peut durer pendant deux ans, entraînant immanquablement chez les malades des symptômes douloureux importants. Par contre, lorsque

est utilisé le catgut chromé, le nombre de « type fermé » est beaucoup moins important dans les premiers temps après l'intervention et, quatre mois après celle-ci, il n'y a plus de « type fermé », très peu de « type semi-ouvert », à l'inverse de ce qui se passe pour le premier groupe de malades.

TABLEAU 2 (D'après KAWA)

Le type de la bouche d'anastomose en fonction du temps dans le groupe des sutures à la soie

Types de bouches	PÉRIODE D'OBSERVATION					
	Avant 2 semaines	Entre 3 semaines et 3 mois	Entre 4 mois et 6 mois	Entre 6 mois et 12 mois	Entre 1 an et 2 ans	Après 2 ans
Type fermé . . .	10 (43,5 %)	8 (29,6 %)	3 (9,7 %)	1 (2,6 %)	1 (2,5 %)	
Type semi-ouvert .	6 (26,1 %)	9 (33,3 %)	16 (51,6 %)	13 (34,2 %)	18 (20 %)	
Type ouvert . . .	7 (30,4 %)	10 (37 %)	12 (38,7 %)	24 (63,2 %)	20 (77,5 %)	16 (100 %)
TOTAL	23	27	31	38	40	16

TABLEAU 3 (D'après KAWA)

Le type de la bouche d'anastomose en fonction du temps dans le groupe des sutures au catgut chromé

Types de bouches	PÉRIODE D'OBSERVATION			
	Avant 2 semaines	Entre 3 semainss et 3 mois	Entre 4 mois et 6 mois	Entre 6 mois et 12 mois
Type fermé	5 (27,8 %)	2 (16,7 %)		
Type semi-ouvert.	7 (38,9 %)	4 (33,3 %)	4 (30,8 %)	
Type ouvert.	6 (33,3 %)	6 (50 %)	9 (69,2 %)	11 (100 %)
TOTAL	18	12	13	11

c) **Les rapports entre les lésions inflammatoires et le reflux biliaire.**

Comme le fait remarquer HEULLY (1), toutes ces lésions inflammatoires ont une cause bien connue depuis les travaux de LAMBLING, c'est le reflux intragastrique de liquide bilio-intestinal. Ce reflux est plus abondant et plus fréquent dans les anastomoses de type POLYA ou FINSTERER que dans les anastomoses de type PEAN et, de ce fait, les stomites et les gastrites sont plus rares et, lorsqu'elles existent, moins intenses dans les gastrectomies où le rétablissement de la continuité est effectué selon la technique de PEAN. Du point de vue fonctionnel, les symptômes douloureux sont plus rares après PEAN et ce type de gastrectomie, qui respecte d'ailleurs le circuit physiologique, est de loin préférable lorsque les conditions techniques permettent sa réalisation.

Dans notre série, le reflux bilio-intestinal a été observé dans près de 50 % de nos cas de stomites et de gastrites (42 fois sur 86 stomites et gastrites) pendant le temps court que dure l'examen, ce qui laisse supposer un chiffre beaucoup plus important. Il a été rencontré :

— 35 fois dans des POLYA ou FINSTERER sur 120 interventions, soit environ 30 % ;

— 4 fois dans des gastro-entérostomies sur 10 interventions, soit 40 % ;

— 3 fois dans des PEAN sur 19 interventions, soit environ 15 %.

Les chiffres donnés par HEULLY sont identiques aux nôtres.

2. LES RÉCIDIVES ULCÉREUSES :

C'est en abordant le problème des récidives ulcéreuses chez les gastrectomisés, et en particulier les récidives ulcéreuses post-anastomotiques, que la fibroscopie prend tout son intérêt. En effet, c'est grâce à sa maniabilité, sa longueur, que

le fibroscope peut, au contraire des gastroccopes conventionnels, franchir l'anastomose et explorer une longueur très appréciable de l'anse efférente, siège principal des ulcères peptiques, voire même l'anse afférente, siège beaucoup plus rare de ces récidives. Par contre, la fibroscopie est aussi tributaire des conditions locales créées par l'intervention et également de phénomènes inflammatoires qui, au niveau de la bouche d'anastomose, peuvent créer au maximum une sténose infranchissable, même par le meilleur endoscopiste.

Il n'est pas dans notre propos d'étudier complètement l'étiopathogénie de ces récidives ulcéreuses, mais on peut, avec J.-J. DUBARRY (8), LORTAT-JACOB (9) et RIGNAULT (10), rappeler que, dans la genèse des ulcères post-anastomotiques, trois facteurs entrent en ligne de compte :

1) **La lésion initiale.** Ces récidives s'observent pratiquement toujours après intervention pour ulcères duodénaux, très rarement si la lésion initiale était gastrique, quasiment inexistante dans la chirurgie pour cancer de l'estomac. L'aphorisme « pas d'acidité, pas d'ulcère » reste en effet aussi vrai pour la récidive que pour la localisation duodénale initiale.

2) **Le type de l'intervention pratiquée :**

   — Certains montages « anti-physiologiques », sur lesquels nous ne nous étendrons pas, sont capables d'entraîner 100 % de récidives.

   — Les modalités opératoires usuelles : gastrectomie, gastro-entérostomie, vagotomie, comportent un risque inégal :

   ■ La gastro-entérostomie est abandonnée à titre isolé dans le traitement de l'ulcère duodénal, car elle exposait dans 10 à 25 % des cas à une récidive ulcéreuse.

   ■ La gastrectomie des deux tiers, telle qu'elle était prônée par les rapporteurs du Congrès

de Chirurgie de 1958 (11), est beaucoup plus satisfaisante, puisqu'on ne lui attribue en moyenne pas plus de 2 à 5 % d'échecs par récidive.

- La vagotomie donne un pourcentage globalement analogue ; mais, en réalité, la survenue d'une ulcération après vagotomie est sous la dépendance étroite du mode de drainage gastrique associé. Et, d'après les statistiques mondiales colligées par RIGNAULT (10), la fréquence des récidives est :

  — de 8 % pour la vagotomie + gastro-entérostomie ;

  — de 4 % pour la vagotomie + pyloroplastie (pourcentage analogue pour les gastrectomies des deux tiers) ;

  — de 1 % pour la vagotomie + antrectomie.

3) **Facteurs divers :**

— Le sexe : la femme est dix fois moins exposée que l'homme.

— Le régime : l'alcool, le tabac, l'absence de toute diététique sont des facteurs adjuvents indiscutables.

— Ainsi que l'ingestion de médications ulcérogènes.

Pour notre part, nous ne pouvons évidemment chiffrer le pourcentage de récidives en fonction de tel ou tel type opératoire, ne possédant pas le nombre de gastrectomies pratiquées dans le même temps. La nature de la lésion initiale nous a échappé bien souvent, les malades ne sachant pas toujours si leur ulcère était duodénal ou gastrique.

Quoi qu'il en soit, sur nos 154 fibroscopies d'estomacs opérés, nous avons pu observer 15 récidives ulcéreuses, soit environ 10 % des fibroscopies pratiquées. Ces 15 malades, tous des hommes, avaient été opérés pour ulcère. En fonction

de la localisation de la récidive ulcéreuse, du type opératoire et des délais écoulés entre l'intervention initiale et la découverte de la récidive, nous obtenons les deux tableaux suivants :

TABLEAU 4

Localisation de la récidive ulcéreuse
en fonction du type de l'intervention initiale.

Intervention initiale	LOCALISATION DE LA RÉCIDIVE			
	Sur l'anse Efférente	Sur l'anse Afférente	Sur le moignon	TOTAL
Finsterer - Polya	8	2	3	13
Péan	1	0	0	1
Gastroentérostomie ...	1	0	0	1
TOTAL	10	2	3	15

TABLEAU 5

Délais d'apparition de la récidive ulcéreuse
en fonction de la localisation.

Localisation	Moins d'1 an	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Entre 3 et 4 ans	Entre 4 et 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 15 ans	Après 15 ans
Anse Efférente			4	1	2			3
Anse Afférente		1					1	
Moignon						1	2	

Dans les quelques publications d'Auteurs sur ce sujet, nous avons pu relever les chiffres suivants :

- MOULINIER (3) : sur 500 fibroscopies effectuées chez les opérés gastriques (303 FINSTERER, 32 PEAN, 40 gastro-entérostomies, 125 vagotomies), a trouvé 97 récidives ulcéreuses se répartissant en 88 ulcères peptiques et 9 ulcères récidivants.

- HEULLY (1), sur 276 sujets, relève :
  - — 1 ulcère peptique et 2 ulcères du moignon sur gastrectomies de type FINSTERER ou POLYA ;
  - — 2 ulcères peptiques sur gastro-entérostomie.

- TEJEDOR (4) : sur 40 gastrectomisés, trouve 6 ulcères anastomotiques, dont 3 sur le versant gastrique de l'anastomose et 3 sur le versant intestinal.

- WESSELS (12) : dans 116 fibroscopies de malades opérés uniquement par la technique de FINSTERER, découvre 21 récidives ulcéreuses :
  - — 10 au niveau du moignon,
  - — 7 au niveau de la bouche,
  - — 4 dans l'anse efférente.

- JUNGHANNS (13) :
  - — Sur 13 PEAN, trouve 1 ulcère anastomotique.
  - — Sur 86 FINSTERER, 4 ulcères du moignon et 18 ulcères sur l'anse efférente.

Sur le plan endoscopique, la mise en évidence de ces récidives ulcéreuses présente des difficultés variables :

- D'abord, en ce qui concerne **les ulcères du moignon gastrique,** tous les types morphologiques d'ulcères peuvent

s'observer à la fibroscopie. Il est aussi très difficile de parler de récidive dans la mesure où l'endoscopie est incapable de préjuger d'un ulcère méconnu ayant préexisté à la gastrectomie, et ce d'autant plus que dans le temps on se trouve très près de l'intervention. Dans les trois cas que nous avons rencontrés, l'aspect de ces ulcérations ne laissait aucun doute quant à leur apparition récente ; de plus, ces trois sujets avaient été opérés plus de cinq ans avant l'examen endoscopique (tableau n° 5). Mais chez un de ces sujets, opéré depuis treize ans, il y avait eu des épisodes hémorragiques inexpliqués à type d'hématémèses ou de mélenas. Deux fois nous avons rencontré des petites ulcérations assez superficielles situées sur la partie haute de la petite courbure gastrique ; l'autre fois, ce fut une ulcération beaucoup plus volumineuse, ovalaire, située près de la bouche d'anastomose.

■ **Les ulcères post-anastomotiques,** véritable terrain d'élection de la fibroscopie, peuvent être situés sur le versant duodénal ou jéjunal de l'anastomose ; souvent aussi, ils sont situés à distance de celle-ci. L'ulcération elle-même peut être de taille très variable : elliptique ou circulaire, parfois en raquette entre deux plis muqueux. Le fond de l'ulcération est cruenté ou sphacélique ou recouvert d'une fausse membrane blanc jaunâtre. Pratiquement, chaque fois que l'ulcère siège très près de la bouche, il existe un bourrelet de stomite plus ou moins important formant une sorte d'auvent ; ce bourrelet, quelquefois hémorragique, souligne l'ulcération d'un liseré très inflammatoire.

Les ulcères post-anastomotiques sont en général uniques, mais parfois ils peuvent être doubles ou triples ; pour notre part, nous avons rencontré une fois deux ulcérations bien distinctes sur une anse efférente ; la recherche d'un syndrôme de ZOLLINGER-ELLISON s'est trouvée négative. Il existe aussi la plupart du temps un degré de jéjunite plus ou moins marqué avec une muqueuse plus rouge, des plis plus volumineux, boursoufflés.

L'examen endoscopique de ces lésions est souvent difficile à cause de leur situation, de l'hypersécrétion, de la stomite d'accompagnement qui, nous l'avons vu, peut empêcher le cathétérisme de la bouche. A ce sujet, MOULINIER (3) a pu visualiser directement 84 ulcères post-anastomotiques sur 88 ; dans les autres cas, il accorde une très grande importance à des signes indirects observés en endoscopie, tels que :

— la sténose de la bouche par réaction inflammatoire :

— la présence d'une fistule ;

— le reflux de sang à travers la bouche ;

— la présence d'une muqueuse gastrique normale ; pour lui en effet, chez un gastrectomisé, la muqueuse gastrique doit présenter, même macroscopiquement, un certain degré d'atrophie. Et la constatation d'une muqueuse comparable à celle d'un estomac normal signe la persistance d'une sécrétion acide importante pouvant être bien sûr responsable de récidive ulcéreuse.

Dans notre série, un de nos malades gastro-entérostomisé pour un ulcère gastro-duodénal perforé bouché dans le pancréas et hospitalisé dans un tableau de sténose, nous n'avons pu visualiser la bouche, mais à l'intervention il existait un volumineux ulcère sur le versant jéjunal de la bouche de gastro-entérostomie.

3. LES CANCERS :

Comme l'ont souligné Ch. DEBRAY, M. ROUX (14) et J.-J. DUBARRY (15), puis BREGER, KERNEIS et BADEL (16), le cancer du moignon gastrique doit répondre à des critères très précis :

— Il s'agit de cancers développés plus de cinq ans après la gastrectomie.

— La lésion primitive est histologiquement bénigne.

— Le cancer siège, tout au moins au début, au niveau du moignon et à distance de la bouche.

Ce rigorisme paraît indispensable pour que l'on puisse éliminer :

— du point de vue évolutif, un ulcéro-cancer passé inaperçu, ou bien la récidive d'un cancer opéré ;

— sur le plan histologique, un cancer ulcériforme ou la dégénérescence débutante d'un ulcus gastrique ;

— sur le plan topographique, les cancers développés au niveau de l'anastomose, qui rentrent dans le cadre particulier des cicatrices cancérigènes.

Ainsi, le cancer développé, plus de cinq ans après une gastrectomie pour ulcère duodénal paraît représenter le cas le plus typique.

Sur nos 154 fibroscopies d'estomacs opérés, nous avons rencontré 12 aspects évocateurs de cancers que nous avons classés en cancers primitifs du moignon et en récidives locales.

■ **Récidives :** 4.

— 1 moins d'un an après FINSTERER pour lymphosarcôme. La fibroscopie, dans ce cas, nous montrait un aspect typique de récidive, mais l'anatomo-pathologie a répondu négativement.

— 1 un an après FINSTERER pour néoplasme antral.

— 1 deux ans après FINSTERER pour néoplasme antral chez une femme.

— 1 six mois après FINSTERER pour cancer gastrique.

■ **Cancers primitifs du moignon :** 4.

— 2 plus de 15 ans après FINSTERER pour ulcère.

— 1 » » PEAN pour ulcère.

— 1 » » gastro-entérostomie pour ulcère.

Il nous este 4 malades, chez lesquels nous avons trouvé des signes évidents de cancer au niveau du moignon, mais dont la nature primitive ne nous apparaît pas. Ces malades appartiennent tous les quatre à notre deuxième groupe de sujets, pour lesquels nous manquons à posteriori de renseignements ; trois de ces malades auraient été gastrectomisés pour ulcère deux ans et moins avant la fibroscopie, ce qui serait beaucoup plus en faveur d'une récidive néoplasique que d'un cancer primitif du moignon.

Nous avons également examiné 8 malades qui avaient été gastrectomisés pour cancer gastrique et chez lesquels on pouvait craindre une récidive :

— En effet, chez 6 d'entre eux, alors que la clinique laissait supposer une récidive, ni la radio, ni la fibroscopie, ni la biopsie, ne peuvent en faire la preuve.

— Deux fois l'exploration endoscopique s'est trouvée incomplète ; une fois à cause d'une sténose plus ou moins complète avec une stase très importante, mais ce qui a été vu du moignon gastrique ne semblait pas être le siège de récidive ; l'autre fois, la configuration d'un moignon de gastrectomie type PEAN ne permet pas les mouvements des fibroscopes.

Sur le plan endoscopique, les lésions observées ne diffèrent pas de celles retrouvées dans les néoplasies survenant sur un estomac normal. Tous les aspects peuvent s'observer : cancer ulcérant, bourgeonnant ou infiltrant. Bien souvent, on est en présence d'aspects néoplasiques évidents, surtout dans les cas de récidives où les lésions, si elles n'ont pas envahi tout le moignon, ont tendance à se localiser autour

de la bouche d'anastomose qui est bourgeonnante, recouverte d'enduits pultacés et saignant au contact.

Dans les cancers primitifs du moignon, on se trouve en présence, dans la plupart des cas, de vastes ulcérations, à fond sagnieux, avec exsudation blanchâtre, ou bien d'infiltration globale du moignon qui a perdu sa souplesse, la muqueuse restant normale, mais soulevée par un épaississement donnant un aspect plus ou moins cabossé et rigide de la paroi du moignon.

D'une façon générale, la fibroscopie, en matière de cancer du moignon, est de réalisation facile ; le gros apport de ces appareils, dans ce cas, c'est que leur flexibilité extrême permet l'étude en rétrovision de la grosse tubérosité. Néanmoins, la fibroscopie n'est pas toujours possible lorsque la jonction cardio-œsophagienne, envahie par la néoplasie, ne peut être franchie ; dans ces cas, on peut confirmer le diagnostic par une œsophagoscopie avec biopsie.

Malheureusement, la fibroscopie vient souvent trop tard et l'aspect macroscopique, le prélèvement biopsique, ne font que confirmer un diagnostic radiologique souvent évident. Par contre, dans les cas où les arguments cliniques et radiologiques ne sont pas décisifs, il paraît plus rationnel, plutôt que de soumettre ces malades à des explorations radiologiques itératives ne permettant pas des conclusions formelles et avant d'entreprendre un traitement d'épreuve, de recourir à la fibroscopie et à la biopsie dirigée, qui peuvent apporter des preuves irréfutables. Ceci est d'autant plus vrai que ces malades, habitués souvent à souffrir de l'estomac, consultent trop tardivement.

4. LES JÉJUNITES :

Elles sont révélées cliniquement par des douleurs, parfois des vomissements, souvent de la diarrhée, et elles se traduisent radiologiquement par une exagération du plissement transversal du jéjunum associée à une intolérance et un aspect non homogène du repas baryté. Elles peuvent être

d'origine microbienne mais, beaucoup plus souvent, elles témoignent d'une persistance anormale de l'acidité gastrique ; elles peuvent donc annoncer un ulcère post-anastomotique ; elles l'accompagnent en tout cas de façon constante.

C'est dire que toute jéjunite constatée endoscopiquement doit être explorée « dans ses moindres replis » à la recherche d'une ulcération post-anastomotique non exprimée en radiologie. Seule la fibroscopie permet de réaliser cette exploration.

L'aspect endoscopique de ces jéjunites est assez simple et monomorphe ; on est en présence d'une muqueuse qui a perdu son plissement fin et régulier et sa coloration jaune chamois pour devenir rouge et boursoufflée avec un aspect granuleux.

En dehors des jéjunites d'accompagnement des ulcères post-anastomotiques, nous avons observé six aspects de jéjunite ; ces aspects étaient tous à chaque fois associés à une gastrite et une stomite.

La fibroscopie réalisant un progrès énorme en matière d'endoscopie gastrique dont l'estomac opéré fut un des premiers à profiter, nous allons étudier dans un autre chapitre sa place et ses rapports avec la clinique, la radiologie, l'antomo-pathologie et la biologie.

IV. - CONFRONTATION DE LA FIBROSCOPIE AVEC LES AUTRES ÉLÉMENTS DU DOSSIER

(clinique, biologie, radiologie, anatomo-pathologie)

Cette étude, nous l'avions laissé entendre au début de ce travail, porte sur le groupe I des 88 malades dont nous possédons les dossiers complets, c'est-à-dire les malades hospitalisés dans notre Service.

A. — CONFRONTATION DES DIAGNOSTICS ENDOSCOPIQUES AVEC LES MOTIFS DU DIAGNOSTIC CLINIQUE AYANT MOTIVÉ LA FIBROSCOPIE.

Pour réaliser le tableau suivant (tableau 6), nous avons été obligés de condenser un peu nos données sur les diagnostics cliniques et fibroscopiques portés sur notre fiche perforée ; de cette manière nous avons retenu :

1. **Pour les diagnostics cliniques ayant motivé la fibroscopie,** le diagnostic dominant ou les symptômes dominants, il était entendu que certains des éléments portés sur notre fiche perforée pouvaient être associés ; tel par exemple qu'un syndrôme ulcéreux typique pouvait être associé à un amaigrissement et des vomissements épisodiques, nous ne retenons par exemple dans ce cas que le diagnostic de syndrôme ulcéreux typique pour la confection de notre tableau.

Une mention particulière doit être faite au sujet de ce que nous avons appelé **le syndrôme dyspeptique ;** nous entendons par là chez les gastrectomisés toutes les gastralgies plus ou moins importantes non systématisées survenant en général dans la période post-prandiale, ainsi que les troubles très voisins rattachés au syndrôme du petit estomac.

2. **En ce qui concerne les diagnostics endoscopiques,** nous avons conservé de la même façon que le diagnostic dominant, en sachant quand même qu'un ulcère anastomotique peut être accompagné de stomite et de gastrite, ce qui nous a permis d'isoler onze rubriques :

— La gastrite hémorragique isolée.

— La gastrite atrophique isolée.

— Les phénomènes inflammatoires bénins, terme dans lequel nous englobons endoscopiquement : les gastrites superficielles, les gastrites à gros plis, les stomites, l'association de gastrites et stomites, ces phénomènes inflammatoires pouvant être accompagnés ou non d'un reflux bilio-intestinal.

— Les ulcères du moignon.

— Les cancers du moignon primitif ou récidives.

— Le reflux biliaire isolé sans manifestations inflammatoires.

— Les ulcères post-anastomotiques, qu'ils siègent sur l'anse efférente ou sur l'anse afférente, qu'il soient uniques ou multiples.

— Les sténoses inflammatoires complètes, où la bouche d'anastomose est vue en fibroscopie, mais non franchie par l'appareil.

— Les sténoses avec stase, quelle que soit leur origine, où la bouche d'anastomose n'est pas vue.

— Les fibroscopies normales, où aucun de ces éléments n'est rencontré.

Le tableau 6 ci-après ainsi réalisé amène quelques commentaires :

TABLEAU 6

Les diagnostics cliniques et les diagnostics endoscopiques.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Syndrome ulcéreux typique isolé	15							3	8		2	2
— avec hématemèse	2							1	1			
— avec melenas	2							1				1
— avec les deux	1							1				
Hémorragies isolées — Hématemèse	3								2			1
Hémorragies isolées — Melenas	10	1		1		1	1	1	3			2
Hémorragies isolées — Les deux	6			1	1				2			2
Syndrome dyspeptique	32		1	1	2		6	1	16			5
Amaigrissement isolé	4								2			3
Troubles du transit	3									1		1
Hypoglycémie des gastrectomisés	1								1			
Syndrome de l'anse afférente	1											1
Dumping syndrome typique	2								2			
Tableau de sténose	3									2	1	
Fibroscopie de contrôle	2				1	1						
Rien mais image suspecte ou radio au cours d'un contrôle	1							1				

A : Gastrite hémorragique.

B : Gastrite atrophique.

C : Ulcère du moignon.

D : Cancer du moignon.

E : Reflux biliaire isolé.

F : Fils de suture + Stomite.

G : Ulcères anastomotiques.

H : Phénomènes inflammatoires.

I : Sténose avec stase ; bouche non vue.

J : Sténose inflammatoire ; bouche vue.

K : Fibroscopie normale.

1. **Le syndrôme dyspeptique** est le plus souvent rencontré (32 cas sur 88, soit 36 %). La fibroscopie montre dans ces cas des lésions inflammatoires chez 22 malades (16 fois des phénomènes inflammatoires et 6 fois des stomites sur fils de suture). Il est intéressant de constater qu'un ulcère du moignon gastrique, deux cancers du moignon et un ulcère post-anastomotique se sont manifestés par un syndrôme dyspeptique ; c'est dire l'importance de la surveillance endoscopique des gastrectomisés dès que des troubles même mineurs apparaissent. Cinq fois sur trente-six syndrômes dyspeptiques la fibroscopie nous est apparue strictement normale.

2. **Les hémorragies isolées** (19, soit 21 %). Ce qui frappe dans ces cas, c'est le nombre de diagnostics endoscopiques non satisfaisants devant une hémorragie digestive (étant entendu que toutes les autres causes d'hémorragies sur la filière digestive ont été éliminées) et aussi le nombre de fibroscopies normales. Il faut reconnaître que certains de nos sujets (4 malades) avaient pris des médications ulcérogènes pour d'autres affections ; et quand on connaît l'usage quelquefois inconsidéré de ces médicaments et la labilité de ces lésions, nous pensons qu'il ne faut pas être surpris par ces échecs relatifs.

— 7 fois la fibroscopie ne trouve que des lésions inflammatoires bénignes,

— 1 fois un reflux biliaire isolé,

— 1 fois une gastrite atrophique,

— 1 fois une stomite sur fils,

— 5 fois la fibroscopie est normale,

— dans 4 cas seulement la lésion vue en endoscopie est responsable du saignement, à savoir :

  — une gastrite hémorragique,

  — deux ulcères du moignon

  — et un ulcère post-anastomotique.

Si nous regroupons toutes les hémorragies dans un même tableau, nous voyons que la fibroscopie nous donne :

— 25 % d'aspects endoscopiques normaux,

— 33 % d'aspects inflammatoires,

— 42 % de lésions responsables directement du saignement.

TABLEAU 7

Les hémorragies digestives et les diagnostics endoscopiques.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Hémorragies isolées	1	0	2	1	1	1	1	7	0	0	5
H. + Syndrome ulcéreux. . .	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1
				10 = 42 %				8 = 33 %			6 = 25 %

A : Gastrite hémorragique.

B : Gastrite atrophique.

C : Ulcère du moignon.

D : Cancer du moignon.

E : Reflux biliaire isolé.

F : Fils de suture + Stomite.

G : Ulcères anastomotiques.

H : Phénomènes inflammatoires.

I : Sténose avec stase ; bouche non vue.

J : Sténose inflammatoire ; bouche vue.

K : Fibroscopie normale.

3. **Les syndrômes ulcéreux** avec ou sans hémorragie. Trois fois sur cinq, dans ces cas, les hémorragies, accompagnées d'un syndrôme ulcéreux, ont montré leur origine en endoscopie par la présence d'ulcères post-anastomotiques, c'est-à-dire une proportion un peu plus importante de diagnostics de certitude que dans les hémorragies isolées.

Quant aux syndrômes ulcéreux typiques isolés, la fibroscopie nous a montré :

— 3 fois un ulcère post-anastomotique,

— 8 fois l'endoscopie montre des phénomènes inflammatoires bénins,

— 2 fois des stomites importantes qu'il n'a pas été possible de cathétériser,

— 2 fois enfin la fibroscopie est normale.

C'est dire quand même que le syndrôme ulcéreux typique, celui qui évoque la reprise ulcéreuse, se concrétise 6 fois sur 20 (30 %) par la découverte dans notre série d'ulcères post-anastomotiques ; c'est dire aussi que des phénomènes inflammatoires sont susceptibles de faire évoquer la possibilité d'une récidive ulcéreuse 9 fois sur 20 (37 %).

4. **Pour les autres diagnostics,** propres aux séquelles de gastrectomie (DUMPING syndrôme, syndrôme de l'anse afférent, syndrôme hypoglycémique, troubles du transit, amaigrissement), la fibroscopie montre des lésions inflammatoires banales chez 5 malades et elle est normale dans 2 cas.

Nous avons constaté une récidive néoplasique au cours d'une fibroscopie de contrôle chez un malade opéré 8 mois auparavant d'un cancer gastrique. Egalement, un contrôle radiologique, chez un malade opéré pour un ulcère, montrant une image suspecte sur l'anse efférente nous incite à faire une fibroscopie chez ce sujet ne présentant aucun trouble ; l'endoscopie nous montre un volumineux ulcère post-anastomotique totalement asymptômatique.

Il est intéressant de constater qu'aucun des syndrômes fonctionnels que nous avons rencontrés n'ait eu pour explication aucune lésion organique grave.

B. — LES DIAGNOSTICS ENDOSCOPIQUES — CONFRONTATION AVEC L'EXAMEN CLINIQUE ET LES TUBAGES GASTRIQUES.

1. Pour ce qui est de l'**examen clinique,** nous n'avons retenu que trois rubriques :

— existence d'un point douloureux para-ombilical gauche assez évocateur, nous pensons, d'un ulcère post-anastomotique, mais non pathognomonique ;

— existence d'une masse palpable épigastrique ;

— rien.

Soixante-trois fois nous n'avons rien trouvé qui puisse étayer le diagnostic.

Chez vingt-quatre malades, un point douloureux para-ombilical gauche était retrouvé, correspondant aux diagnostics endoscopiques suivants :

— 1 cancer du moignon,

— 1 stomite sur fils de suture,

— 5 ulcères post-anastomotiques,

— 9 phénomènes inflammatoires,

— 1 sténose avec stase,

— 2 sténoses inflammatoires,

— 5 fois la fibroscopie était normale.

Une fois une masse épigastrique était retrouvée, il s'agissait d'une pancréatite chronique.

2. **Les tubages gastriques :** Nous avons considéré trois cas globaux de résultats des tubages, ceux qui montrent :

— une hypoacidité (concentration maximum inférieure à 60 meq/litre) ;

— une hyperacidité (concentration maximum supérieure à 70 meq/litre) ;

— enfin ceux qui montrent une achlorhydrie.

En effet, autant l'étude du chimisme pré-opératoire peut être conduite de façon rigoureuse, autant à titre post-opératoire elle est pleine d'aléas. Deux éléments faussent les résultats : d'une part, l'évacuation gastrique accélérée ne permet plus d'apprécier correctement le débit acide et donc l'hypersécrétion ; d'autre part, le reflux alcalin bilio-pancréatique, lorsqu'il existe, vient contrarier la mesure de la concentration acide. Il n'y a donc pas de test post-opératoire parfait.

Bien souvent donc, les tubages sont ininterprétables et, sur les 56 que nous avons pratiqués, 23 seulement sont utilisables :

— 12 montrent une hypoacidité (11 FINSTERER, 1 PEAN) ;

— 7 montrent une hyperacidité (3 FINSTERER, 2 gastro-entérostomies, 1 PEAN, 1 pyloroplastie + vagotomie) ;

— 4 montrent une achlorhydrie (3 FINSTERER, 1 gastro-entérostomie).

Il est à remarquer que, dans le cadre de l'hyperacidité, il y a trois interventions de drainage où l'on peut dire que la vagotomie était incomplète.

En ce qui concerne les lésions diagnostiquées en fibroscopies et dans le cadre d'une :

— hypoacidité, on trouve :

1 ulcère post-anastomotique,
2 ulcères du moignon,
7 stomites + des processus gastritiques,
2 fois rien n'est retrouvé ;

— hyperacidité, on trouve :

2 ulcères post-anastomotiques,
3 stomites + des processus gastritiques,
2 fois rien n'est retrouvé ;

— achlorhydrie, on trouve :

4 stomites associées à des processus gastritiques + un reflux bilio-pancréatique.

Ces résultats sont ininterprétables dans leur ensemble, le seul point intéressant est le test à l'insuline de HOLLANDER qui, dans le cadre de la vagotomie associée à une intervention de drainage, permet avec une bonne approximation d'apprécier la qualité de la section nerveuse ; sa positivité incite à incriminer l'insuffisance de la dénervation gastrique.

C. — LES RAPPORTS ENTRE LES DIAGNOSTICS FIBROSCOPIQUES ET LES DIAGNOSTICS RADIOLOGIQUES.

Les rapports entre la radiologie et l'endoscopie sont beaucoup plus étroits. En effet, la radiologie de l'estomac opéré contribue à étayer le diagnostic clinique, mais il faut bien souligner que c'est une radiologie difficile et pleine d'embûches si elle n'est pas pratiquée suivant des règles strictes avec un très grand nombre d'incidences et un petit index baryté au début de l'examen pour étudier la dynamique de la vidange gastrique.

Le problème n'est pas seulement au niveau de la technique de l'examen, il est aussi au stade de l'interprétation des clichés ; en effet, les modifications entraînées par l'intervention, les phénomènes inflammatoires pratiquement toujours présents, la vidange rapide du moignon gastrique, la superposition d'anses intestinales font que, souvent, il existe des images surajoutées sur la nature desquelles le radiologue ne peut se prononcer formellement.

Avec l'introduction en pratique courante du radio-cinéma, la radiologie garde une place de choix dans le cadre de la dynamique de l'estomac opéré, mais la fibroscopie apparaît comme son complément naturel pour renforcer un diagnostic et vérifier parfois la réalité de certaines images difficilement identifiables par le radiologue.

Nous avons, pour les besoins de l'exploitation de notre dossier, schématisé volontairement les diagnostics radiologiques pour ne garder que le signe radiologique dominant.

Voir tableau 8 page suivante.

TABLEAU 8

Les diagnostics radiologiques et les diagnostics endoscopiques.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
- Radiologie normale	22			1		1			7			13
- Gros plis gastriques	6				1		1		3			1
- Reflux dans l'anse afférente	3					1	1		1			
- Ulcère peptique	10						1	7	2			
- Cancer	3				2				1			
- Petite bouche inflammatoire	4		1						2	1		
- Fistule	1									1		
- Signes inflammatoires imprécis.	22	1		1	1		1		13		2	3
- Anomalie indéterminée	8			1				1	6			
- Evacuation lente	5						2		1	1	1	
- Œsophagite	2					1			1			

A : Gastrite hémorragique.

B : Gastrite atrophique.

C : Ulcère du moignon.

D : Cancer du moignon.

E : Reflux biliaire isolé.

F : Fils de suture + Stomite.

G : Ulcères anastomotiques.

H : Phénomènes inflammatoires.

I : Sténose avec stase ; bouche non vue.

J : Sténose inflammatoire ; bouche vue.

K : Fibroscopie normale.

Nous avons entendu :

— **par gros plis gastriques** les images radiologiques témoignant d'un plissement exagéré et plus volumineux que normalement ;

— **par signes inflammatoires imprécis** tous les aspects radiologiques d'inflammation légère et banale que l'on rencontre en général au niveau des moignons de gastrectomie de la bouche et des anses anastomotiques ;

— **par anomalies indéterminées** toute image siégeant sur le moignon ou le complexe anastomotique sur laquelle l'avis du radiologue ne peut être affirmatif.

Quand on étudie le tableau 8 de près, on s'aperçoit que la radiologie, même avec une technique parfaite, s'écarte un certain nombre de fois du diagnostic endoscopique. En effet, dans le cadre de l'estomac opéré, la radiologie prend le pas sur l'endoscopie dans l'étude de la dynamique de cet organe mutilé, mais, dans le cas de lésion organique, l'endoscopie est évidemment beaucoup plus précise que la radiologie dont l'interprétation est rendue difficile par la perte de la fonction réservoir de l'estomac.

— Parmi les examens radiologiques normaux, une fois un ulcère du moignon a été mis en évidence en fibroscopie. Sept fois des phénomènes inflammatoires sont retrouvés, mais quand on sait que certaines de ces manifestations n'ont qu'une traduction endoscopique, le procès de la radiologique se résume à peu de chose. Enfin, 13 fois sur 22, la radiologie normale correspond à une endoscopie normale.

— Une fois, derrière le diagnostic radiologique de gros plis gastriques s'est trouvé un cancer du moignon gastrique.

— Sur 10 images pouvant évoquer un ulcère anastomotique, 7 ont été confirmés par la fibroscopie, les 3 autres images correspondaient vraisemblablement à l'état inflammatoire important retrouvé en fibroscopie.

— Une fois le diagnostic radiologique de cancer du moignon gastrique s'est trouvé infirmé par l'endoscopie.

— Sur 12 radiologies montrant des phénomènes inflammatoires imprécis, une fois un cancer du moignon n'était pas soupçonné et une autre fois un ulcère du moignon n'était pas apparu.

— Deux des huit images indéterminées, mais qui ont donné l'éveil, ont montré en endoscopie : un ulcère du moignon et un ulcère post-anastomotique ; les six autres n'ont révélé que des phénomènes inflammatoires banaux.

Sur le tableau 8, nous avons souligné d'un trait les cas pour lesquels nous pensons que le diagnostic endoscopique n'est pas négligeable et où il faut considérer qu'il y a discordance radio-endoscopique.

En effet, on s'aperçoit que la fibroscopie corrige ou précise de façon importante 24 diagnostics sur 86, soit dans 27,9 % des diagnostics radiologiques.

Pour importantes que soient ces discordances dans notre série, la fibroscopie ne doit pas être pratiquée la première (sauf en urgence) sans étude radiologique préalable. C'est ce qui a amené ALLEGRA (17) à conclure sur ce sujet au 2e Congrès Européen d'Endoscopie Digestive (1972): « La fibroscopie n'est pas en compétition avec la radiologie, mais son complément naturel ; en séméiologie gastrique, elle représente la dernière pierre du diagnostic après l'histoire clinique, l'examen physique, l'analyse des sécrétions gastriques et, plus spécialement, la radiologie. »

D. — LES DIAGNOSTICS ENDOSCOPIQUES ET LES RÉSULTATS DE LA BIOPSIE.

Actuellement, les endoscopes à fibres de verre sont très élaborés et permettent, nous l'avons vu, une exploration complète de tous le tube digestif supérieur. Des dispositifs biop-

siques très au point complètent ces appareils ; en effet, ils possèdent dans leur corps un canal prévu pour une pince à biopsie à double mors en cupule très efficace. Ainsi on peut parler de véritable biopsie dirigée et la surveillance ou la découverte d'une lésion chez un gastrectomisé ne peuvent se concevoir actuellement sans l'examen anatomo-pathologique par l'intermédiaire de la biopsie, qui devient le complément indispensable de tout examen endoscopique.

Il est à noter que nos Confrères anatomo-pathologistes considèrent les prélèvements que nous leur faisons actuellement avec ces appareils, de bien meilleure qualité que ceux qui leur étaient fournis auparavant ; jamais dans notre série un prélèvement biopsique a été ininterprétable.

Nous avons effectué 38 biopsies sur les 88 malades du groupe I. Comme nous l'avons expliqué dans un paragraphe au début de ce travail, nous ne biopsions pas systématiquement. En présence d'un estomac opéré, si nous décidons de pratiquer une bopsie en cours d'examen, nous avons l'habitude de l'effectuer en trois points si les conditions le permettent, à savoir : sur le moignon gastrique, sur la bouche d'anastomose, sur l'anse efférente et, bien entendu également, sur la lésion si elle nous paraît individualisée.

Les résultats des biopsies se répartissent ainsi :

— 9 prélèvements d'aspect normal à l'étude histologique,
— 24 prélèvements révélant des aspects inflammatoires,
— 2 prélèvements affirmant un processus néoplasique,
— 2 prélèvements confirmant qu'il s'agit du fond granulomateux d'un ulcère,
— 1 prélèvement constatant des formations glandulaires végétantes sans mitose, mais suspectes.

Analysons maintenant les résultats de la biopsie en fonction des diagnostics endoscopiques.

Parmi les 9 biopsies normales, la fibroscopie montrait :

— 5 fois des aspects endoscopiques normaux,

— 3 fois des lésions inflammatoires de gastrite et de stomite,

— 1 fois un aspect de récidive néoplasique chez un malade opéré 9 mois avant d'un lympho-sarcôme gastrique.

Deux biopsies d'ulcères anastomotiques sur l'anse efférente confirment le diagnostic.

Les deux aspects de cancers vus en endoscopie sont confirmés par l'histologie. Il s'agissait d'un cancer primitif du moignon, d'une part, et d'une récidive chez un malade opéré un an avant d'un cancer gastrique, d'autre part.

Une fois l'anatomo-pathologiste ne peut affirmer un processus néoplasique sur des aspects glandulaires végétants sans mitose, mais considérés quand même comme suspects, au niveau de formations polypoïdes constatées en fibroscopie au niveau de la bouche et du versant jéjunal de l'anastomose.

Les 24 biopsies restantes concernent des états inflammatoires observés endoscopiquement au niveau du moignon et du complexe anastomotique. Dans tous les cas, l'histologie a répondu qu'il s'agissait d'aspects d'infiltration inflammatoire banaux ; jamais une lésion néoplasique n'a été découverte par l'anatomo-pathologie derrière un état inflammatoire endoscopique.

D'un point de vue histologique, il s'agit d'une inflammation interstitielle non spécifique caractérisée par une infiltration de cellules rondes (lymphocytes et plasmocytes), tantôt disséminées dans toute l'étendue du chorion, tantôt groupées en îlots lymphoïdes. Ces lésions sont accompagnées dans un certain nombre de cas par des phénomènes œdémateux et congestifs plus ou moins importants, surtout au niveau de la bouche d'anastomose. Dans quatre cas, il existait des éléments surajoutés de fibrose ; il s'agissait de malades ethyliques opérés depuis très longtemps.

A l'inverse de MOULINIER (3), qui trouve un pourcentage d'atrophie glandulaire de 70 % associée ou non à une infiltration interstitielle, nos chiffres sont plus modestes, puisque l'histologie n'a retrouvé cette atrophie dans 30 % de nos biopsies d'estomacs opérés. Cet Auteur attache une grosse importance à ces lésions car, pour lui, si une muqueuse d'estomac opéré est normale, c'est qu'il persiste une sécrétion acide anormale.

Aucune des gastrites à gros plis que nous avons biopsées n'a montré de lésions histologiques de gastrites hypertrophiques, mais seulement une gastrite interstitielle banale. MOULINIER, sur 437 biopsies d'estomacs opérés, ne fait état d'aucune lésion hypertrophique histologique ; ce qui doit inciter l'endoscopiste à parler de gastrites à gros plis plutôt que de gastrites dites « hypertrophiques ».

Dans quatre cas seulement, il a été relevé des lésions histologiques de jéjunite ; à chaque fois d'ailleurs, la jéjunite était visible endoscopiquement et accompagnait un ulcère post-anastomotique. Nous n'avons rencontré aucun aspect de jéjunite isolé chez nos malades.

Des aspects de métaplasie intestinale nous ont été signalés par l'anatomo-pathologiste quatre fois seulement au niveau du moignon gastrique (10 % des biopsies). MOULINIER donne un pourcentage de 15 % sur 437 biopsies. Ce qui ramène la fréquence des métaplasies entéroïdes au niveau de l'estomac opéré à des proportions plus faibles que celles qui étaient observées dans les prélèvements biopsiques faits par la méthode « aspiration-biopsie » (DEBRAY [18] - RIBET [19]). Ces Auteurs, en effet, rencontraient ces phénomènes dans plus de 35 % de leurs biopsies sur des estomacs opérés, ce qui correspondait à un pourcentage six fois supérieur à celui qui était rencontré sur les estomacs non opérés. Nos chiffres et ceux de MOULINIER, par rapport à ceux de ces deux Auteurs, montrent une fréquence deux

fois supérieure seulement. Cette différence est liée à la précision de la biopsie faite avec les fibroscopes alors que « l'aspiration-biopsie » n'était qu'une méthode « borgne ».

Il faut noter que quatre fois l'histologie était négative, confirmant les diagnostics endoscopiques et radiologiques chez des malades opérés pour des néoplasmes gastriques et dont seule la clinique pouvait faire craindre une reprise du processus. Il est donc évident que la biopsie complète harmonieusement la fibroscopie au niveau de l'estomac opéré ; une fois seulement il y a eu une discordance importante, puisque l'endoscopiste affirmait la reprise d'un processus néoplasique et que la biopsie était revenue négative et trois fois la discordance était moins grave puisqu'il s'agissait de lésions inflammatoires endoscopiques.

V. - CONCLUSIONS

Au terme de ce travail, on peut dire que la fibroscopie représente l'un des moments essentiels de l'exploration de l'estomac opéré. Les avantages que l'on peut en attendre sont immenses, surtout en raison de la fréquence des incertitudes radiologiques et de l'insuffisance de la séméiologie clinique pour affirmer un diagnostic ; et l'on peut dire que la fibroscopie est l'examen le plus instructif de tous, et ceci d'autant plus qu'une biopsie est pratiquée dans le même temps.

Il faut reconnaître aussi que la conception technique très élaborée et sans cesse perfectionnée de ces appareils, a rendu l'exploration endoscopique de l'estomac très supportable par le malade, tendant à l'heure actuelle à faire de la fibroscopie un examen complémentaire de routine indispensable, dont l'estomac opéré est un des premiers à profiter.

Nos chiffres ont tout d'abord confirmé la très grande fréquence des processus inflammatoires au niveau de l'estomac opéré, ceux-ci étant secondaires en général au reflux bilio-intestinal et n'ayant bien souvent qu'une réalité endoscopique.

Nous nous sommes également attachés à démontrer qu'en ce qui concernait les lésions graves observées au niveau de l'estomac opéré, la fibroscopie l'emportait en certitude pour le diagnostic sur tous les autres examens à notre disposition, et en particulier la radiologie. Ce qui ne veut pas dire que les examens classiques doivent s'effacer devant la fibroscopie, mais qu'ils deviennent son complément indispensable dans l'élaboration de ses indications. La radiologie restant dans le domaine des syndrômes fonctionnels de l'estomac opéré (DUMPING syndrôme, syndrôme de l'anse afférente, etc...) bien supérieure à la fibroscopie.

Dans ces conditions, on peut dire qu'actuellement la surveillance et l'examen d'un malade opéré de l'estomac, et à plus forte raison s'il souffre ou s'il saigne, ne peuvent plus se concevoir sans un examen fibroscopique après que tous les autres examens complémentaires aient été pratiqués.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Heully F., Laurent J., Bigard M.-A., Régent D. : « La gastroscopie de l'estomac opéré », *Rev. Franç. Gastro. Entér.*, mai 1969, *68*, 11-18.

2. Dubarry J.-J. : « Problèmes pratiques que posent au clinicien un opéré gastrique déçu ». *Rev. Prat.*, 1er mars 1964, *14*, 743-753.

3. Moulinier : A paraître dans les *Annales de Gastroentérologie et d'Hépathologie.*

4. Tejedor L. : Fibrogastroscopy in the operated Stomach (Study of 40 cases) », *Rev. Esp. Enferm. Appar. Dig.*, 1971, *33*, 383-388.

5. Rochas B. : « Mille gastroscopies », *J. Méd. Lyon*, sept. 1969, *50*, 1247-1255.

6. Lambling A., Bonfils S., Richir Cl., Potet E. : « Les hémorragies des gastrites hémorragiques et de l'ulcération simplex. Journées Françaises de Gastro-entérologie. Paris, 25-26 octobre 1969. In *Arch. Mal. App. Diag.*, 1959, supplt 73.

7. Kawa K. : « Endoscopic Observations of the Post-operative Gastric remnant with Special references to changes in the Gastro-enterostomy Stoma », *Osaka City Med. J.*, 1970, *16*, 79-106.

8. Dubarry J.-J., Dubarry E., Tournerie J., Auché Y., Bernard J. : « A propos de vingt-neuf ulcères peptiques ». *J. Méd. Bordeaux*, août 1962, *139*, n° 8, 932-936.

9. Lortat-Jacob J.-L., de Lagausie Ph., Huguier M., Prandi D. : « Les ulcères post-anastomotiques (à propos de 50 obs.), *J. Chir.* (Paris), 1970, 99, nos 5, 6, 503-510.

10. Rignault D. : « Les séquelles digestives de la chirurgie gastrique », *Enc. Med. Chir. Estomac-Intestins*, 9029 - C 10.

11. Rignault D. : « Les différentes interventions gastriques », *Enc. Med. Chir. Estomac-Intestins*, 9020 - A. 10.

12. Wessels L.-M. : « Gastroscopy of the Operated Stomach », *S. Afr. Med. J.*, 26 Jun 1971, *45*, 685.

13. Junghanns K. : « Et al. Endoscopic diagnosis in the Operated Stomach. Langenbecks », *Arch. Chir.*, 1968, *322*, 189-192.

14. Debray Ch., Roux M., Chevillotte R. : « Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère », *Arch. Mal. App. Dig.*, 1950, 39, 702.

15. Dubarry J.-J., Dufour R., Laffont M. : « Quelques réflexions sur les cancers du moignon de gastrectomie ». *Arch. Mal. App. Dig.*, 1957, *46*, n° 4, 361-365.

16. Breger P.-R., Kerneis J.-P., Badel Y. : « Le cancer du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère », *Ann. Chir.*, 1960, *14*, 303.

17. Allegra M.-G. : « Endoscopy of the Operated Stomach », Deuxième Congrès Européen d'endoscopie digestive. In *Arch. Mal. App. Dig.*, avril-mai 1972, *61*, n°s 4, 5.

18. Laumonier R., Debray Ch., Housset P. : « La muqueuse gastrique des moignons de gastrectomie aux deux tiers », *Arch. Mal. App. Dig.*, avril 1956, *45*, n°s 4, 370 - 380.

19. Ribet A., Gadrat J., Moreau G., Duffaut N. : « La gastrobiopsie dirigée dans la pathologie du moignon gastrique », *Rev. Franç. Gastr. Enter.*, mai 1969, nos 68, 20-31.

IMPRIMERIE NOUVELLE R. ANGEVIN - NIORT